

DE LA

N° 11

GREFFE DE THIERSCH

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

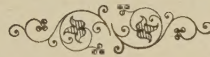
le 23 décembre 1892

PAR

ENJALBERT

Né à Laures (Aveyron)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5
1892.

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. MAIRET, Doyen.

CARRIEU, Assesseur.

Professeurs.

MESSIEURS :

<i>Médecine légale et toxicologie.</i>	JAUMES.
<i>Clinique chirurgicale.</i>	DUBRUEIL *.
<i>Hygiène.</i>	BERTIN-SANS.
<i>Clinique médicale.</i>	GRASSET.
<i>Clinique chirurgicale.</i>	TÉDENAT.
<i>Clinique obst. et gynécol.</i>	GRYNFELTT.
<i>Anat. pathol. et histol.</i>	KIENER *.
<i>Thérap. et Matière médicale.</i>	HAMELIN *.
<i>Anatomie.</i>	PAULET (O. * ✕).
<i>Clinique médicale.</i>	CARRIEU.
<i>Clinique des mal. ment. et nerv.</i>	MAIRET.
<i>Physique médicale.</i>	IMBERT.
<i>Botan. et Hist. Nat. méd.</i>	GRANEL.
<i>Opérations et appareils.</i>	FORGUE.
<i>Clinique ophtalmologique.</i>	TRUC.
<i>Chimie médicale et Pharmacie.</i>	VILLE.
<i>Physiologie.</i> HÉDON (ch. de c.)	N...
<i>Pathologie int.</i> RAUZIER (ch. de c.)	N...

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. * ✕).

Prof. honor. M. DUPRÉ (O. * C. ✕),

Chargés de Cours complémentaires:

<i>Clinique annexe des maladies des enfants.</i>	MM. BAUMEL, agrégé.
<i>Accouchements</i>	GERBAUD, agrégé.
<i>Clinique annexe des mal. syphilit. et cutan.</i>	BROUSSE, agrégé.
<i>Clinique annexe des maladies des vieillards.</i>	SARDA, agrégé.
<i>Pathologie externe.</i>	ESTOR, agrégé.
<i>Histologie</i>	DUCAMP, agrégé.

Agrégés en Exercice

MESSIEURS :	MESSIEURS :	MESSIEURS
SERRE.	SARDA.	RAUZIER.
BAUMEL.	ESTOR.	LAPEYRE.
GERBAUD.	HÉDON.	MOITESSIER.
GILIS	LECERCLE.	
BROUSSE.	DUCAMP.	

M. H. GOT, Secrétaire.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examineurs de la Thèse:

MM. FORGUE, président.
GRYNFELTT, professeur.
ESTOR, agrégé.
LAPEYRE, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555606_0117

A la Mémoire de mon Père, de ma Mère, de
mon Frère et de ma chère Tante

A MON EX-TUTEUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur FORGUE

Professeur d'opérations et appareils, médecin-major de l'armée

ENJALBERT.

INTRODUCTION

Une des plus belles conséquences pratiques, tirée de la propriété qu'ont les tissus vivants de pouvoir vivre lorsqu'ils sont transplantés sur une surface avivée, c'est sans contredit l'application qu'en a faite la chirurgie à la guérison des plaies et des ulcères.

Je veux parler de la greffe dermoépidermique. Avant la découverte de cette méthode, créée par J.-L. Reverdin et améliorée par Ollier et Thiersch, on voyait des malheureux couverts d'ulcères et voués à une mort presque certaine par suite d'une suppuration chronique, traîner d'hôpital en hôpital leur misérable existence sans pouvoir trouver nulle part un remède efficace à la cicatrisation de leurs plaies.

Tous les médicaments employés servaient surtout à entretenir leurs illusions et à soutenir leur espérance. Après bien des souffrances, un seul moyen s'offrait comme ressource suprême, c'était l'amputation du membre ulcéré. Remède souvent efficace, il est vrai, mais au prix de quel sacrifice, la perte d'un membre.

Aujourd'hui, la chirurgie est en possession de divers modes de greffe, permettant, grâce à l'antisepsie, de séparer les larges pertes de substance et de conserver un segment de membre voué autrefois à l'exérèse. Il est vrai que tous ces procédés ne donnent pas des résultats également bons, tous du moins comptent à leur actif de nombreuses cures.

Ce travail de comparaison, que nous aurions volontiers entrepris s'il n'avait déjà été fait par M. Thierry dans sa

thèse inaugurale, nous permettra de restreindre notre sujet.

Aussi bornons-nous notre travail à l'étude de la *greffe cutanée selon la méthode de Thiersch*. C'est aujourd'hui le procédé le plus habituellement employé, parce qu'il donne les meilleurs résultats.

L'idée d'étudier ce sujet m'a été suggérée par notre cher maître M. le professeur Forgue, à la suite d'un résultat remarquable obtenu à l'hôpital Saint-Eloi.

Pour les savantes leçons que j'ai reçues de vous durant le cours de mes études, pour les conseils éclairés que vous m'avez prodigués dans la rédaction de ce travail et pour l'honneur que vous me faites d'accepter la présidence de cette thèse, veuillez, cher maître, agréer l'hommage de ma plus vive reconnaissance.

C'est également pour moi un devoir en même temps qu'un vif plaisir d'exprimer ici, à M. le professeur Granel, toute ma gratitude pour les excellents conseils et les encouragements qu'il n'a cessé de me donner dans des heures difficiles.

Que tous mes Maîtres de la Faculté de médecine et en particulier M. le professeur Tédénat et MM. les professeurs agrégés Estor et Sarda, reçoivent aussi l'expression de ma reconnaissance.

DE LA

GREFFE DE THIERSCH

HISTORIQUE

Je ne m'attarderai pas à refaire l'historique des greffes cutanées plusieurs fois exposé par divers auteurs. On trouvera ce chapitre longuement décrit dans la thèse de Protopopesco. Au reste, c'est un sujet relativement récent, et les modifications en sont assez bien connues. Je me contenterai donc d'indiquer rapidement les diverses phases par lesquelles est passée la greffe cutanée pour arriver à mon sujet: la greffe cutanée selon Thiersch.

Je croirais avoir été utile si je parvenais à résumer clairement la technique opératoire, après avoir examiné les indications et les contre-indications de la greffe cutanée.

En 1863, P. Bert fut le premier à donner une idée d'en-

semble de la greffe animale. Sa thèse fut comme le premier jalon posé dans cette voie. Avant lui, Garengéot, Luska et d'autres avaient bien remis en place des nez ou des parties d'oreilles enlevées accidentellement de leur place, mais c'était de l'autoplastie et non pas de la greffe.

En 1869, Jacques L. Reverdien eut l'honneur d'appliquer systématiquement la greffe cutanée à la guérison des plaies. Il prenait de petits lambeaux épidermiques de 2 à 3 millim. carrés au plus de grandeur et les appliquait sur des bourgeons charnus dans le but de créer des centres d'épidermisation. Bien qu'il appelât ces bourgeons épidermiques, il savait très bien qu'ils contenaient une portion de derme. Il les prenait petits pour leur permettre de bien s'appliquer sur les bourgeons charnus et nombreux pour multiplier les îlots d'épidermisation.

L'intégrité des bourgeons était une condition de succès... Sa méthode fut bientôt connue en France et à l'étranger. Guyon à Paris, Hergott à Strasbourg, la patronnèrent et l'appliquèrent à de nombreux cas. Mais, d'après cette méthode, il se formait des greffes du tissu de cicatrice dont la rétractilité et sa faible vitalité étaient souvent le point de départ de nouvelles ulcérations.

C'est pour remédier à ces inconvénients que Ollier de Lyon, en 1872, au lieu de conserver les petits lambeaux, en sema de *grands* ayant 4 à 5 centimètres carrés afin de diminuer le tissu de cicatrice. Ensuite ses lambeaux étaient un peu plus épais que ceux de Reverdien. Il eut de nombreux imitateurs en France avec Broca, Dubrueil, Poncet Beckel (1872).

En Angleterre, Pollock fit des expériences et les modifia légèrement. Au lieu de poser les greffes sur les bourgeons, il entaillait ceux-ci et insinuait en partie les greffes dans la fente.

En (1870) Fiddes et Vasy Ash ne prenaient que des cellules épidermiques et les semailles sur la plaie où elles étaient maintenues avec un onguent. D'autres, Houzé de l'Aulnoit et Redard, pour éviter des souffrances aux malades, empruntaient la peau à certains animaux, grenouilles, chiens, etc. Plus tard (1886) Dubousquet-Laborderie marcha dans cette voie aujourd'hui encore explorée et obtint quelques succès.

Tous ces procédés donnaient bien des résultats, mais les récurrences étaient fréquentes. Ils se ressemblaient encore par un autre point, c'est que tous respectaient les bourgeons charnus. Pollock seul les incisait.

Plus tard, l'étude attentive des causes qui amenaient la chute ou la destruction de ces greffes conduisit Thiersch à modifier la méthode de Reverdin et d'Ollier. Ayant remarqué que la plaie diminuait d'étendue en même temps que les greffes se recroquevillaient sur leurs bords, il en attribua la cause à la rétraction des bourgeons charnus sur eux-mêmes. Il étudia les modifications survenues dans ceux-ci. Il les vit composés de deux couches, l'une inférieure, ferme, dans laquelle les vaisseaux marchent horizontalement; l'autre supérieure, plus molle, contenant des capillaires à direction verticale, subissant la transformation en tissu de cicatrice.

Aussi n'était-il plus étonnant maintenant de voir des greffes se recroqueviller et tomber quand on les appliquait sur une plaie avant la rétraction complète des bourgeons. Une autre raison était tirée de la persistance du tissu de cicatrice. Celui-ci, en vertu de sa propriété rétractile, étouffait les vaisseaux qu'il pouvait contenir primitivement et privait la greffe de ses éléments nutritifs, de là sa chute. Il fallait donc supprimer la couche supérieure des bourgeons charnus, celle qui se transformait en tissu cicatriciel. C'est ce que fit Thiersch et le succès confirma ses prévisions. C'est donc par la destruction des bourgeons charnus que la méthode de Thiersch,

se distingue essentiellement de celles de Reverdin et d'Ollier et non point par la minceur ni par la dimension des lambeaux, comme l'affirme M. Urban dans un récent mémoire. En 1886, au 15^e Congrès allemand de chirurgie, Thiersch fit connaître les résultats de son expérience et on traça les règles de cette méthode. En 1888, Plessing, dans un rapport contenant 40 cas et 72 applications de greffe, donnait des détails plus circonstanciés sur les conditions dans lesquelles on doit opérer. M. Urban, auditeur de la clinique de Thiersch, dans un rapport plus important encore, de plus de 300 cas, précise certains points de technique opératoire et considère désormais la méthode comme parfaitement réglée, au point que si l'opérateur se conforme aux règles tracées, il ne peut que réussir. «S'il y a des échecs, dit-il, ils sont imputables non à la méthode, mais à l'opérateur».

Mais pendant que tous ces travaux avaient lieu en Allemagne, en France et à l'étranger apparaissaient également de nombreuses communications sur ce sujet.

C'est ainsi que nous voyons MM. Socin, Garré, Hübcher à Bâle, Pozzi, Monod, Jalaguier, Reclus, Panas à Paris, Heydenreich et Manceau à Nancy, Forgue et Tédénat à Montpellier, publier à leur tour des observations démontrant l'efficacité de cette méthode. Aujourd'hui elle a presque supplanté, dans la pratique, les autres procédés de greffage, je ne dis pas d'anaplastie.

PROCESSUS HISTOLOGIQUE DE LA GREFFE

Par quel mécanisme se fait la soudure du greffon à la plaie ?

Pour bien se rendre compte des phénomènes histologiques qui se passent dans la greffe, il faut, comme l'a fait le Dr Garré, de Bâle, étudier les modifications survenues : 1° dans les premières heures et les premiers jours qui suivent l'opération ; 2° dans la période éloignée où la cicatrisation est achevée.

Dans les premières heures après l'opération, M. Garré a observé, entre les deux surfaces avivées, l'existence d'une couche intermédiaire plus ou moins épaisse. Elle est composée d'exsudat sérofibrineux réticulé dans les mailles duquel existent des hématies et un grand nombre de cellules migratrices, venues des vaisseaux par diapède.

Du côté de la plaie on remarque une grande vitalité se traduisant par une prolifération abondante de cellules conjonctives.

L'endothélium vasculaire bourgeonne aussi, surtout dans les régions voisines de la surface de la plaie.

Du côté du greffon il n'y a pas encore de phénomènes manifestes. Neuf heures après cependant, on a pu voir quelques cellules multinucléaires s'insinuer de la couche intermédiaire dans le greffon en suivant principalement le trajet des anciens vaisseaux. Leur rôle semble être de subvenir aux premiers besoins de la greffe par l'apport d'éléments nutritifs. En

effet, à mesure que leur nombre augmenté, on remarque que la couche cornée se ramollit, se gonfle pour se détacher plus tard vers le troisième jour.

Une partie des cellules du corps mugueux de Malpighi dégénère, s'élimine, mais la couche génératrice persiste habituellement si le lambeau n'est pas trop épais.

A côté de ces cellules multinucléaires, on en voit d'autres mononucléaires (cellules fibroplastiques) apparaître dans la couche intermédiaire. A mesure que leur nombre augmente, celui des cellules migratrices diminue et, dès le troisième jour, elles prédominent sur celles-ci. Elles ont pour but d'organiser la couche intermédiaire dans laquelle vont pousser des jetées vasculaires, destinées à relier le greffon au portegreffe.

Toutefois, ces néocapillaires ne s'anastomosent que rarement avec les anciens vaisseaux du greffon dont ils se distinguent par l'étroitesse de leur calibre, la finesse de leur paroi et par l'irrégularité de leur disposition. Habituellement les anses vasculaires des papilles sectionnées subissent la dégénérescence hyaline.

Lorsque la circulation capillaire est rétablie (ce qui est d'autant plus aisé que la couche intermédiaire est plus mince), les cellules épithéliales du greffon prolifèrent, pénètrent dans les inégalités de la surface de la plaie et détruisent progressivement la couche intermédiaire qui n'existe plus un an après la greffe.

Maintenant, quels sont les phénomènes qui se passent dans la période où la greffe achève sa cicatrisation ?

Ayant eu la bonne fortune, grâce à l'obligeance de M. le professeur Forgue, d'examiner, deux mois et demi après la cicatrisation, un fragment de peau provenant d'une ancienne greffe de Thiersch et préparée par M. le professeur Kiener, voici ce que nous avons constaté :

La coupe intéressait le bord de la peau restée intacte et la cicatrice recouverte par la greffe.

Dans la portion de peau intacte, on retrouve tous les éléments normaux de cette membrane, glandes sudoripares, glandes sébacées et poils, vaisseaux sanguins et lymphatiques.

Le derme a sa structure normale de gros faisceaux fibreux enchevêtrés, et on note seulement une infiltration de leucocytes dans les couches superficielles.

En s'approchant tout à fait de la cicatrice, on voit que les prolongements épidermiques interpapillaires sont hypertrophiés et envoient des racines ramifiées et anastomosées entre elles, indice de l'irritation dont cette partie a été l'objet.

La couche cornée est plus épaisse qu'à l'état normal. Cette hypertrophie de l'épiderme et cette tendance à la desquamation sont les indices de l'irritation dont cette portion cutanée a été le siège.

En arrivant à la région recouverte par la greffe, on voit un épiderme épais ayant une tendance exagérée à la desquamation et présentant à sa partie profonde de beaux prolongements épidermiques qui rappellent ceux d'une peau saine. On voit très nettement un vaisseau occuper l'anse des papilles comme à l'état normal.

Le derme sous-jacent est de structure inflammatoire, très condensé, en forme de faisceaux fibreux de calibre inégal, entre lesquels sont interposées de grosses cellules fibroplastiques.

Pas de vaisseaux lymphatiques apparents, pas de trace de glandes. Cependant, tout à fait dans la profondeur et en contact avec le derme qui reprend sa structure normale et qui n'a pas dû être intéressé par la perte de substance, apparaissent quelques glandes sudoripares dont le tissu conjonctif interstitiel est encombré de leucocytes. Il existe

aussi une diapédèse dans toute l'épaisseur de ce tissu, mais moindre que dans le derme sain.

Tout à fait à l'autre extrémité de la préparation, l'épiderme prend un autre caractère: sa couche profonde forme une ligne droite parallèle à la surface, le corps papillaire n'existe pas. Quant au derme sous-jacent, il est, comme dans la portion, placé immédiatement sous la greffe.

Il est à supposer qu'en ce point spécial nous sommes dans la portion de cette greffe taillée en biseau, laquelle, ne renfermant pas de papilles, n'a pas ainsi aidé à la construction de ces petits organes.

En résumé, on voit que la greffe reprend au bout d'un certain temps les caractères de la peau normale, sans toutefois posséder, comme cette dernière, les glandes sébacées et les follicules pileux. La nutrition est assurée par la formation de néocapillaires et le tissu cicatriciel existe en très faible quantité.

INDICATIONS. — CONTRE-INDICATIONS APPLICATIONS

Les cas ne sont pas rares en chirurgie où l'application des greffes de Thiersch peut être faite. Mais afin qu'elle puisse donner les meilleurs résultats, il est nécessaire d'en bien connaître les indications et les contre-indications. C'est à la détermination de ces conditions que nous allons consacrer ce chapitre en utilisant largement un important mémoire que M. Urban, assistant du professeur Thiersch à la clinique chirurgicale de Leipzig, a fait récemment paraître sur ce sujet (1).

D'une manière générale, la méthode de Thiersch doit être appliquée toutes les fois que les autres méthodes d'anaplastie ne peuvent être employées soit à cause du malade, soit à cause de la trop grande étendue de la lésion, soit à cause de la position insupportable que devrait prendre le blessé pour permettre l'affrontement du lambeau à la plaie. Chez les enfants, par exemple, l'indocilité et le besoin impérieux du mouvement rendraient en général impossible le succès d'une greffe par la méthode italienne ou indienne. Les adultes eux-mêmes ne sauraient être longtemps soumis à certaines positions sans préjudices.

Une autre raison qui lui fait accorder sa préférence, c'est sa simplicité opératoire et sa sécurité au point de vue infec-

(1) 1892.

tieux. Avec elle, l'asepsie est plus parfaite et le succès moins incertain. Ce procédé complète donc avantageusement les autres méthodes sans les supplanter.

Avant de déterminer les conditions que doit remplir une plaie quelconque pour recevoir la greffe, M. Urban fait un long parallèle entre l'asepsie et l'antisepsie. Il repousse complètement l'emploi des antiseptiques pour s'attacher exclusivement, comme son maître, à la solution de chlorure de sodium à 6/1000, stérilisée et fraîchement bouillie. Au fond il a raison, bien qu'il paraisse un peu exclusif.

Tout le monde sait, en effet, que l'asepsie est en voie de détrôner l'antisepsie, et que partout où celle-ci n'est point indiquée par une infection antérieure, on doit lui préférer celle-là.

Tout le monde comprend aussi que, dans les cas de greffes surtout, les antiseptiques soient à rejeter, à cause de leur action irritante locale et de leur action dékératinisante et coagulante des albumines, enfin à cause de la délicatesse des lambeaux ; mais il est bien nécessaire pourtant de désinfecter les plaies infectées. Et dans ce cas, l'abrasion des tissus infectés, suivie de lavages aseptiques, est-elle toujours suffisante ? Est-elle toujours possible ? Il nous semble qu'on n'est pas en droit de rejeter, d'une façon aussi exclusive, les antiseptiques. Heydenreich, Monod, Jalaguier, les emploient à faibles doses, c'est vrai, et ils n'ont pas remarqué que leur action fût nuisible au succès de la greffe.

Le D^r Nogué, dans sa thèse inaugurale (1), prétend même qu'ils ont une heureuse influence.

M. Urban répond, il est vrai, que si l'on obtient des succès,

(1) Paris, 1891.

c'est malgré les antiseptiques et non à cause d'eux. Mais qu'importe, pourvu qu'ils ne soient pas nuisibles.

Passons maintenant à l'examen que doit remplir une plaie pour être greffée avec chances de succès. Nous avons dit qu'il fallait obtenir un terrain aussi aseptique que possible. Il est des cas où cette asepsie peut être absolue, comme dans les plaies opératoires fraîches dans un but de rhinoplastie, d'autoplastie. Ici, évidemment, l'emploi des antiseptiques durant l'opération serait non seulement inutile, mais nuisible aux éléments de la plaie et du greffon.

De plus, il faut appliquer la greffe immédiate

Dans ces cas, dit Urban, «il est absolument faux qu'il soit nécessaire d'abandonner une plaie à la granulation pour ne la greffer qu'ensuite. Cette opinion, on la rencontre de temps en temps. Sans parler de la prolongation de la guérison à quelques semaines, le procédé porte en soi une faute logique. On obtient une plaie fraîche qu'on abandonne au bourgeonnement pour se procurer, quelques semaines plus tard, une nouvelle plaie fraîche. La pensée de rendre plus apte le fond de la plaie par un bourgeonnement de plusieurs semaines et d'améliorer le résultat plastique est démontré comme faux.» Le conseil de M. Urban est bon et il faut le suivre d'une façon générale, surtout lorsque la plaie se trouve à la face et au voisinage des orifices naturels, paupières, bouche, etc.

Dans ces cas, en effet, une plaie greffée tardivement pourrait déterminer des déformations vicieuses capables d'entraîner des troubles fonctionnels tels que ectropion, trichiasis, rétrécissements buccaux, asymétrie des commissures labiales. Le côté esthétique, surtout au visage, doit avoir une grande importance. On doit encore mettre en pratique ce conseil lorsqu'on a affaire à des brûlures situées au voisinage des articulations et pouvant déterminer une gêne fonctionnelle par rétraction cicatricielle. Mais il ne faut pas

oublier que des plaies étendues, subissent, sous l'influence de ce que Verneuil a appelé l'autoplastie spontanée, des réductions de surfaces énormes. Si la peau des régions voisines est assez lâche, on est étonné de voir combien est réduite de dimensions une plaie abandonnée au bourgeonnement. Quoi qu'il en soit, le succès est ici certain s'il n'y a pas de faute commise par l'opérateur, car la plaie est aseptique, fraîche, et ne demandant qu'à se cicatriser. Aussi, faut-il toujours appliquer la greffe immédiate après avoir bien assuré l'hémostase.

Si la plaie à greffer vient d'être produite par un accident et se trouve infectée, on doit, dit M. Urban, «enlever les tissus contusionnés, déchirés et infectés, à l'aide du bistouri et des ciseaux. Cela fait, il n'est pas besoin de désinfecter avec des antiseptiques, sans compter qu'un lavage de courte durée ne peut pas tuer sûrement les microorganismes contenus dans les tissus. L'enlèvement des impuretés avec les solutions aseptiques se fait aussi bien et de la même manière qu'avec les solutions antiseptiques.»

On peut se demander si le précepte de M. Urban est toujours applicable. Ne voit-on pas souvent des plaies produites par des accidents (machines, armes à feu, etc.), dans le champ desquelles se trouvent des organes importants, tels que vaisseaux, nerfs, etc. Dans ces cas, on ne peut, avec l'instrument tranchant, faire une désinfection suffisante si l'on n'emploie les antiseptiques.

Pareille désinfection exposerait le blessé à des complications redoutables qu'il faut éviter à tout prix, telles que érysipèle, septicémie, pyohémie. Aussi vaut-il mieux dans ces cas abandonner l'idée d'une greffe immédiate, employer les antiseptiques, laisser granuler la plaie et remettre à plus tard l'opération de la greffe.

La vie du malade est en jeu, il faut avant tout parer aux dangers immédiats.

Par conséquent, il vaut mieux, par une antiseptie aussi parfaite que possible, éloigner du malade les dangers de complications graves, dussent-ils être achetés au prix des avantages que procure une greffe immédiate.

Examinons maintenant les indications relatives aux plaies bourgeonnantes.

Ici, la préparation préalable de l'ulcère a une très grande importance. L'emploi des antiseptiques ne saurait être rejeté. Il faut s'en servir, peut-on dire, *largâ manu*, de façon à réduire au minimum la sécrétion purulente. Leur action coagulante sur les albuminoïdes ne saurait les contre-indiquer, puisque ces coagula sont destinés à disparaître plus tard avec les bourgeons charnus.

Au reste, il n'est point nécessaire d'exiger d'une surface granulante une aseptie absolue se révélant par l'abolition de toute sécrétion. On est d'autant mieux fondé à ne point pousser aussi loin cette aseptie, que l'ablation des bourgeons constitue elle-même une puissante désinfection mécanique à laquelle viennent s'ajouter l'excision large des bords de l'ulcère et la régularisation de ses contours.

Mais à quels signes reconnaîtra-t-on que la plaie est susceptible d'être greffée ?

« Les bourgeons charnus, dit M. Urban, doivent être :

» 1° Fermes, à gros grains et peu saignants ;

» 2° La sécrétion doit être réduite au minimum ; les tissus nécrosés, éliminés ; la surface paraître sèche, unie et des bords s'avancer l'épidermisation ;

» 3° Enfin, toute trace d'inflammation autour de la plaie doit avoir entièrement disparu ».

Quand ces divers caractères seront réunis, on peut être certain que la plaie est à point. La réussite de la greffe est à

peu près assurée, s'il n'y a pas de faute commise dans le cours du traitement et si la vitalité des tissus est demeurée suffisamment active.

Une autre indication se rapportant à la plaie, c'est celle de recouvrir entièrement tous les points de la surface cruentée de façon à n'en laisser aucun à découvert. C'est là un point très important, car s'il existe des lacunes entre les greffes, des bourgeons charnus s'y développent. Ils donnent lieu à la formation de tissu cicatriciel qui détermine ultérieurement sur la plaie un aspect grillagé disgracieux et deviennent souvent le point de départ d'ulcérations. Aussi, faut-il imbriquer légèrement les bords festonnés des lambeaux.

Il nous reste maintenant à examiner quelques questions relatives aux lambeaux.

La longueur et la largeur des greffons n'ont aucune importance au point de vue de la réussite. L'épaisseur a seule été considérée comme ayant une certaine influence.

Plessing, dans son mémoire paru en 1888, disait que le greffon devait contenir, dans son épaisseur, non seulement la couche papillaire, mais encore la couche dermique, sur laquelle reposent les papilles et dans laquelle rampent horizontalement les vaisseaux sanguins.

M. Urban, au contraire, recommande de tailler le lambeau aussi mince que possible.

Avant lui, Sorin, de Bâle, et Heydenreich avaient donné ce conseil.

M. le professeur Forgue conseille de se maintenir autant que possible dans la couche papillaire. En taillant le lambeau épais, on s'expose à détacher du tissu cellulaire des fibres élastiques et du tissu adipeux capables de nuire à son adhérence.

Mais à qui empruntera-t-on les greffons ?

Certains chirurgiens ont emprunté les lambeaux à des personnes bénévoles, ou bien à des membres amputés. Dans le cas où l'on serait obligé pour des motifs particuliers de tailler le lambeau sur une tierce personne, il faut au préalable la soumettre à un examen minutieux pour s'assurer de son innocuité.

La plupart des maladies infectieuses peuvent, en effet, se communiquer par la greffe.

Czerny a signalé deux cas d'inoculation tuberculeuse par ce procédé.

Féréol a publié, dans la *Gazette des Hôpitaux* (1881, N° 127), un cas d'infection syphilitique par la greffe.

Le docteur Deubel, dans l'*Union médicale* (1881, N° 171), relate encore des cas où la syphilis a été communiquée de la même manière.

D'autres ont parlé d'inoculations varioliques. De là l'indication capitale de ne jamais tailler des lambeaux sur des personnes atteintes d'affections contagieuses.

Certains chirurgiens, comme le docteur Bartens, se sont permis d'emprunter des lambeaux à des cadavres de personnes mortes de pyohémie.

Il est inutile, je pense, de faire ressortir tous les dangers d'un pareil procédé, et je ne crois pas que le docteur allemand trouve de nombreux imitateurs.

A moins de raisons particulières, le meilleur porte-greffe nous paraît être le sujet lui-même, pour les motifs suivants : D'abord tout danger de contagiosité est par là même écarté; ensuite, la greffe est toujours bien vivante sous la main du chirurgien et à la portée de l'antisepsie; enfin, la légèreté de la plaie résultant de la taille du lambeau n'expose le malade à aucun danger et la prise des greffes est aussi bonne, peut-être même meilleure, comme le démontre l'observation VI

de Sick, que lorsqu'on les emprunte à une personne étrangère.

Au reste, il ne faut pas oublier qu'on ne trouve pas toujours des voisins obligeants prêts à ce sacrifice.

La peau de la partie antérieure de la cuisse et accidentellement celle du bras serviront presque toujours à la taille des lambeaux. On choisit de préférence cette région, parce que la cicatrice, bien qu'insignifiante, est moins exposée aux regards.

Si maintenant nous descendons dans le domaine des faits particuliers et si nous examinons les divers cas auxquels Thiersch a appliqué sa greffe, nous voyons qu'ils peuvent se ranger en deux groupes : les uns portant sur des surfaces cruentées saines comme les plaies accidentelles et opératoires, les autres ayant comme substratum un terrain malade.

Dans ce dernier groupe se placent les ulcères variqueux qui ont fourni à Thiersch l'occasion d'appliquer largement sa greffe. Mais ici, bien que le succès n'ait pas toujours été très brillant, il faudrait se garder d'incriminer la méthode. La plaie, en effet, est plus ou moins enflammée, l'asepsie plus ou moins défectueuse ; il existe surtout des troubles nutritifs déterminés par les névrites des nervivascularum, de l'angiosclérose et une circulation difficile, dont l'influence est considérable sur la vitalité des tissus et, partant, sur la réussite de la greffe.

Dans ces cas, il faudra consacrer une grande part des soins à la préparation de l'ulcère, l'aseptiser d'abord, réveiller ensuite la vitalité des tissus.

M. Urban dit, dans son mémoire, « que les résultats sont dus en grande partie aux soins pré et post-opératoires. La durée du traitement sera par conséquent un peu longue, trois ou quatre mois environ. »

Dans les premières semaines après la cicatrisation, il ne faudra permettre la marche ou la station debout que graduellement et après avoir pris soin d'envelopper le membre avec une bande élastique ou avec une bande de flanelle. C'est pour avoir négligé ces précautions post-opératoires que bon nombre de plaies greffées récidivent. Nous avons eu l'occasion d'en voir un exemple très démonstratif, à la consultation gratuite de l'Hôpital Général, sur une femme opérée par le professeur Tédénat. Se croyant guérie, elle avait négligé de prendre ces précautions post-opératoires et avait repris ses travaux de cuisinière ; aussi l'ulcère était-il revenu.

On a également appliqué avec succès la greffe de Thiersch à une affection tenace et souvent récidivante de la peau, je veux parler du lupus. On comprendra l'importance d'une telle application, si l'on se rappelle la résistance de cette lésion aux divers agents thérapeutiques. Le raclage même, qui semblait être la méthode curatrice par excellence de cette affection, n'a pas donné des résultats aussi efficaces que la greffe, par suite de l'inconvénient qu'il a de disséminer le bacille tuberculeux dans les tissus sains.

«Quand on veut guérir un lupus, dit Urban, on cerne l'ulcère, on l'excise en entier en se maintenant dans la région saine, et l'on recouvre de greffes la perte de substance laissée par l'ablation du foyer tuberculeux». Il faut toutefois bien prendre garde de ne point inoculer la surface saine. Au bout de quelque temps, les bords se dépriment, le fond se soulève et le tout se nivelle.

De la sorte on a pu, à la clinique de Leipzig où ce procédé est presque exclusivement appliqué pour la guérison du lupus, obtenir des cures qui se maintiennent depuis plus de deux ans. C'est là une voie ouverte qui mérite d'attirer l'attention.

Les greffes ont été encore employées pour recouvrir une

plaie faite à la suite d'une extirpation de tumeur, telle que cancer du sein, épithélioma de la face (Obs. X), et dans laquelle l'étoffe cutanée était insuffisante à recouvrir la surface cruentée. Dans ces cas, on rapproche par des points de suture tout ce qu'on peut de la peau saine, et sur le restant de la plaie on applique des greffes. L'opération peut être immédiate ou tardive.

Quoi qu'il en soit, la greffe ne saurait être dans ce cas un remède curateur contre la néoplasie, mais bien un moyen de restauration plastique. On doit même s'attendre à voir les greffes détruites en raison des chances possibles de récédive.

Citons également comme application des greffes les nécroses cutanées produites par des phlegmons, des érysipèles ou bien des anthrax. Le D^r Sick, en Allemagne, a ainsi greffé en plusieurs séances une immense plaie de la cuisse causée par un phlegmon gangréneux. (Obs. V et VI).

Une autre catégorie de plaies pour la guérison desquelles on emploie avantageusement les greffes de Thiersch, ce sont les brûlures (obs. VII) Livrées à elles-mêmes, ces surfaces se recouvrent de larges brides cicatricielles, et lorsque la lésion porte sur les tissus périarticulaires, la fonction du membre peut être gravement compromise, sans compter les atrophies musculaires et les névralgies consécutives. Par l'application des greffes de Thiersch, on peut, dans une large mesure, prévenir ces inconvénients.

On a encore appliqué les greffes à la cure des nævi-pigmentaires (cicatrice déformate de la joue), des angiomes. Après l'extirpation de ces tumeurs, on dispose sur la perte de substance une ou plusieurs pièces cutanées et le tout se réunit comme à l'ordinaire par première intention. Plusieurs cas de syndactilie ont été guéris par ce même procédé.

Une autre application également rare de la greffe, c'est celle qu'on a faite à la suite de séquestrotomie ou d'ostéotomie pour tapisser les cavités osseuses. M. Urban en cite quelques cas, mais il faut se rappeler que la greffe ne prend pas sur le tissu osseux compact. La plaie osseuse devra donc siéger dans le tissu spongieux ou être recouverte de bourgeons de bonne nature. Mais, pour ces cas, nous disposons de la greffe osseuse qui, d'après les faits d'Ollier, Poncet, Mac Ewen, Forgeue, a une valeur supérieure. D'une manière générale, la greffe, pour prendre, doit être placée sur tout tissu vivant, pourvu qu'il soit vivace et que la surface à greffer soit fraîche ou avivée. C'est dire qu'on ne saurait greffer avec quelque chance de succès les tissus à nutrition lente et exposés par là à la nécrose, tels que les tendons dépourvus de leur graine synoviale, les aponévroses, les os dépériostés, le cartilage. Dans un cas où le P^r Forgeue avait recouvert de greffes toute la joue et la région malaire d'un homme qui venait de subir l'ablation d'un large épithélioma de la face, il vit réellement l'échec de la prise des greffons au niveau des fibres tendineuses massétérides profondément disséquées et au niveau de l'os malaire qu'il avait dû profondément ruginer.

MANUEL OPÉRATOIRE

Mise au net d'une plaie bourgeonnante septique. — D'une façon générale, on peut dire que toute plaie, susceptible d'être greffée par la méthode de Thiersch, remplit exceptionnellement les conditions voulues pour recevoir les greffes au moment où le chirurgien est appelé à l'examiner pour la première fois. Aussi, le premier devoir de ce dernier est-il de préparer le terrain où doit être faite cette transplantation.

Mais avant d'entreprendre avec fruit cette modification locale, le chirurgien doit toujours s'efforcer de faire le diagnostic de nature de la plaie. Dans bien des cas, en effet, la syphilis par exemple, le traitement général de la diathèse a une importance presque décisive sur le résultat de la greffe.

Toujours il prépare à la réalisation du succès, et souvent il en rapproche le terme.

Nous voici donc, je suppose, en présence d'un ulcère variqueux, d'aspect grisâtre, couvert de fongosités, livide, atone, en voie de suppuration, chez un malheureux qui l'a traité par des lavages et des pansements malpropres, en pareil cas, quelle conduite tenir ?

Sans parler des indications tirées de l'état général, il conviendra d'abord d'aseptiser l'ulcère et de réveiller ensuite la vitalité des tissus.

Pour remplir ces deux principales indications, divers

moyens se présentent. On commence à mettre le membre au repos dans une situation élevée, favorisant ainsi la circulation veineuse.

Tous les jours, et suivant les cas plusieurs fois par jour, on soumet le membre à la balnéation antiseptique avec les solutions d'acide phénique à 1/20, de sublimé à 1 p. 1000, d'iodure d'hydrargyre à 1 p. 2000, de permanganate de potasse à 4 p. 1000, avec la liqueur de Labarraque, et surtout avec la solution de sulfate de cuivre à 10 p. 1000.

La température de ces bains devra être maintenue de 38 à 40° C. Les pulvérisations antiseptiques surtout, avec la marmite de Championnière, seront avantageusement employées. Après 10 minutes ou trois quarts d'heure de ce traitement, on enfermera l'ulcère dans un pansement à l'iodoforme et on appliquera par dessus la bande élastique ou une toile imperméable. On pourrait encore y ajouter les cautérisations au nitrate d'argent pour stimuler les tissus et niveler les parties bourgeonnantes.

Lorsque, enfin, par tous ces moyens et d'autres encore employés, comme les cautérisations au chlorure de zinc, etc., on aura obtenu une asepsie aussi parfaite que possible de l'ulcère et un bourgeonnement de bon aloi, c'est-à-dire rouge-vif, ferme, sans suintement ni inflammation, à bord marginal tendant à la cicatrisation, alors le moment sera venu de pratiquer la greffe.

Ablation des bourgeons charnus. — Ainsi mise à point, la plaie bourgeonnante doit être avivée pour recevoir la greffe. Dans ce but, divers chirurgiens emploient et préconisent la curette de Volkmann. Il nous semble préférable, comme le recommandent M. Urban et M. le professeur Forgue, de se servir du bistouri si l'ulcère n'est pas trop anfractueux. De

cette façon la surface avivée est plus unie, plus régulière et l'asepsie plus facile.

En effet, si des germes pathogènes étaient encore contenus dans les bourgeons charnus ou dans leurs interstices, ils seraient plus aisément enlevés en masse avec eux. L'ablation des bourgeons charnus doit pénétrer jusqu'aux tissus fermes et les bords souvent atones doivent être largement excisés. La douleur déterminée dans ce temps préparatoire n'est pas habituellement très forte. Au reste, elle pourrait être atténuée par un lavage préalable avec une solution de cocaïne au cinquantième stérilisée. L'hémorragie en nappe qui se produit n'est pas habituellement bien forte; on s'en rend facilement maître par la compression ou la torsion. Quoi qu'il en soit, l'hémostase doit être aussi parfaite que possible. C'est là un point délicat de la greffe qui mérite toute l'attention de l'opérateur. Il est évident que si l'on transportait un lambeau cutané sur une surface où aurait lieu un suintement sanguin appréciable, on s'exposerait à voir le lambeau, soulevé par le liquide sanguin sous-jacent, ne plus adhérer et se mortifier.

De plus, des examens histologiques de greffes en voie de cicatrisation ont permis de voir que la couche interposée au greffon et à la plaie a une certaine influence sur la rapidité de la guérison. Plus elle est mince, plus rapide est la suture et plus grandes sont les chances de vie du greffon.

Pendant la formation des néocapillaires, des cellules rondes multinucléaires émigraient dans cette couche, la traverseraient et seraient chargées d'assurer la nutrition provisoire des cellules du lambeau.

La bande d'Esmarck ferait bien l'hémostase absolue, mais les auteurs qui l'on appliquée n'en ont pas retiré le bénéfice attendu. Ils ont constaté, au contraire, une exudation séro-sanguine plus abondante après son emploi. Aurait-elle sur les nerfs vaso-constricteurs une action stupéfiante ? La chose

est possible. Toujours est-il que les auteurs sont loin de la recommander.

Anesthésie générale ou locale. — Avant de tailler les greffons, doit-on anesthésier le patient ? — Le P^r Thiersch et ses élèves se laissent surtout diriger par les désirs du malade. Aussi l'anesthésie générale, au dire d'Urban, est-elle appliquée dans la majorité des cas à Leipzig. L'anesthésie locale au moyen de la cocaïne est approuvée par certains auteurs (M. Nogué), condamnée par d'autres (M. Protopopesco). M. Forgue l'a appliquée deux fois, mais il n'a pu, sur toute la surface à tailler, obtenir une anesthésie complète. Au reste, il y a de telles différences individuelles qu'il est difficile d'apprécier le bénéfice obtenu. En général, il nous semble bon d'éviter toute souffrance vive au patient. Et pour résoudre la question de savoir s'il faut employer l'anesthésie générale ou locale, on doit s'inspirer de deux éléments tirés, le premier de l'état de nervosisme du malade, et le second de l'étendue de la surface à recouvrir, par conséquent du nombre de greffons à détacher. MM. les professeurs P. Forgue et Tédénat ont vu opérer, à Leipzig, dans la clinique du professeur Thiersch, un malade sans anesthésie préalable et auquel les nombreuses morsures du rasoir n'ont arraché aucune plainte.

C'est donc une question d'espèce et on n'est pas autorisé à rejeter l'une pour s'attacher exclusivement à l'autre. Voici, d'après Nogué, le *modus operandi* de M. Reclus dans le cas d'anesthésie cocaïnique.

« Sur le trajet de l'incision projetée, avec l'aiguille de la seringue de Ravaz on fait une piqûre à la peau ; mais, pour ne pas la traverser il faut prendre bien soin de donner à l'instrument une direction presque parallèle à celle des téguments. Aussitôt que la pointe de l'aiguille est en plein derme, on pousse le piston de la seringue afin de faire sour-

dre quelques gouttes de liquide : dès lors, si l'aiguille avance lentement, son passage ne peut plus être perçu par le patient, car la cocaïne qui sort de la pointe anesthésie les tissus où cette pointe va pénétrer. A partir de ce moment on pousse, d'une manière lente et continue, la seringue tenue de la main droite, entre le pouce et les trois derniers doigts, l'index placé sur le piston, et l'aiguille chemine dans l'épaisseur de la peau qui présente toujours une certaine résistance. Si, brusquement, celle-ci vient à manquer, c'est que l'aiguille a pénétré dans le tissu cellulaire ; il faut alors donner à la seringue une direction tout à fait parallèle ; à la résistance nouvelle qu'éprouve l'aiguille en avançant, on reconnaît qu'elle est rentrée dans la trame serrée du derme. Deux signes indiquent encore qu'on marche dans la bonne voie : la peau se boursoufle légèrement suivant la ligne d'injection, puis elle pâlit et revêt une teinte livide.

» Mais les 3 ou 4 centim. de l'aiguille d'usage courant ne sauraient suffire à une longue incision, et, s'il est besoin d'une traînée anesthésique quelque peu étendue, il faut ou posséder une aiguille particulière de plus grande dimension, ou, après avoir retiré l'aiguille ordinaire, la repiquer au point où elle avait fini sa course, et cela deux fois, trois fois, jusqu'à ce qu'on ait pratiqué dans la peau un trajet égal à celui que suivra le bistouri. Grâce à cette méthode d'injection, une très faible dose d'alcaloïde pénètre dans les tissus, ce qui atténue fort les dangers d'intoxication, d'ailleurs, lorsqu'on pratique l'incision des téguments ; l'excès de cocaïne contenu dans la trame du derme est entraînée par le sang et diminue d'autant la quantité absorbée. En outre, l'anesthésie est presque immédiate ; après une deux trois minutes au plus, elle est complète. »

Taille du greffon. — Mais avant la cocaïnisation, il faut toujours désinfecter la région où doivent être taillés les lambeaux. A cet effet, on lave au savon noir, on brosse énergiquement la région et on rase en même temps les poils qu'elle supporte. Puis, par un lavage à l'alcool ou à l'éther suivi d'un bon essuyage, on dissout les substances grasses et sébacées.

Ensuite on procède à la taille des greffes. Voici comment M. Forgue l'a vu réglée dans la clinique de M. Thiersch et comment il la pratique lui-même. L'outillage nécessaire se compose d'un bon rasoir d'histologiste à lame large et bien effilé, d'une spatule large pour charger la greffe et d'une sonde cannelée. On peut y ajouter une paire de pinces à mors fins.

Trois aides sont nécessaires. Le premier, se plaçant du côté du membre où doit être pris le lambeau cutané, tourne le dos au malade. Les deux mains appliquées, l'une à la région interne, l'autre à la région externe, il croise ses doigts en arrière de la cuisse de façon à prendre un solide point d'appui. Puis en appuyant fortement ses deux éminences thénar sur les parties sous-jacentes, il les attire en arrière de façon à tendre fortement la peau de la région antérieure. Alors le chirurgien placé en face du malade applique le bord cubital de la main gauche sur la peau de la région antérieure de la cuisse et tâche de la tendre fortement en l'attirant en bas. De sa main droite, armée du rasoir, qu'il ne faut jamais enduire de substance grasse sous prétexte de le rendre plus glissant, il entame franchement la peau en inclinant le tranchant vers elle. Dès que celui-ci commence à mordre dans le tissu cutané, on ramène le plan du rasoir parallèlement à la surface de la peau et, par de larges mouvements d'archet, on détache un lambeau de 2 à 3 centim. de large et de longueur variable. Il faut avoir soin de maintenir le dos du

rasoir en contact avec la surface saignante pour ne pas pénétrer trop profondément dans le derme.

Épaisseur du lambeau.— Si, dans cette section, la longueur et la largeur n'ont pas d'influence sur la prise de la greffe, il n'en est pas de même de l'épaisseur. La plupart des auteurs (Socin, Heydenreich, Urban) recommandent de tailler les lambeaux aussi minces que possible. Thiersch et Plessing voulaient que la surface d'implantation des papilles, c'est-à-dire la couche du stroma dermique où les capillaires rampent horizontalement, fût comprise dans l'épaisseur du lambeau, de façon que le système vasculaire des papilles fût le moins possible indépendant.

De la sorte, les anastomoses capillaires, pour rétablir la circulation dans le lambeau, n'auraient pas besoin de se faire au niveau de chaque papille décapitée. Le conseil peut être bon *à priori*, mais difficilement réalisable en pratique. Au reste, à mesure que l'épaisseur du lambeau augmente, on se rapproche des conditions de l'autoplastie. Plus on s'expose également à détacher des portions de tissu cellulaire ou de tissu adipeux, qui peuvent nuire à la prise de la greffe, comme le démontre très nettement un malade que M. Forgue avait opéré d'un épithélioma de la joue. Le 3^e jour il y eut mortification d'une des greffes, en un point précisément où son épaisseur, par suite de la présence de tissu cellulaire sous-cutané, avait fait émettre au professeur des doutes sur sa réussite. Il vaut mieux, autant que possible, se maintenir dans la couche papillaire.

Une fois le lambeau détaché, le 3^e aide prend de la main gauche la spatule, coudée à angle droit comme le grand écarteur de Péan, et de la main droite il saisit le rasoir où la greffe reste habituellement adhérente d'une façon irrégulière. Il rapproche le rasoir de la spatule, et le chirurgien

saisissant avec des pinces l'un des bouts du greffon, l'entraîne sur la spatule, l'y maintient, et avec la sonde cannelée, l'y pelotonne régulièrement en le faisant glisser. C'est ce qu'on appelle charger la greffe.

Mise en place. — On porte ensuite avec la spatule, plus maniable que le rasoir, le lambeau sur l'un des bords de la plaie où un aide fait de la compression avec une fine compresse de tarlatane trempée dans la solution chlorurée. On l'y fixe avec des pinces ou avec une aiguille à cataracte, par l'une de ses extrémités, puis on retire doucement la spatule. A mesure que celle-ci s'éloigne, le lambeau s'étend sur la plaie. Mais comme ses bords ont de la tendance à se recroqueviller, on en profite pour les bien étaler. On s'aide pour cela de fines pinces, d'une aiguille à cataracte ou bien en imprimant avec le bout de la sonde, appliquée sur le greffon, de légers mouvements de glissement à celui-ci. Les bords s'ectropionent et le lambeau s'étale. Il faut le laisser légèrement empiéter sur le limbe de la plaie. De même lorsqu'on dispose à côté l'un de l'autre deux lambeaux, on doit faire chevaucher un peu leurs bords contigus, de manière que pas un seul point de la surface cruentée ne reste à nu. Les portions de lambeau restant servent à combler les vides qui pourraient exister entre quelques greffons.

Pendant que les greffons sont ainsi mis en place, un aide, avec des compresses aseptiques imbibées de la solution chlorurée sodique, fait par compression l'hémostase de la plaie résultant de l'ablation des lambeaux. Lorsque la surface à greffer est entièrement recouverte, on comprime légèrement sans les déranger, les greffes pour les faire adhérer à leur surface d'implantation et pour chasser de la couche sous-jacente le reste d'épanchement sanguin qui pourrait entraver leur adhérence. On se servira pour cela de tam-

pons humectés et bien exprimés pour que les greffes ne puissent leur adhérer.

Quand le personnel des aides est suffisant, on forme deux groupes composés de trois personnes chacun, le premier groupe est chargé de tailler les greffes et le deuxième de les mettre en place. Mais à la rigueur trois personnes peuvent suffire.

Pansement.— Ensuite on applique par dessus un bon pansement. Il sera aseptique, le moins possible antiseptique comme le voudrait Nogué, non adhérent, contensif et légèrement compressif. Pour ne pas nuire à la vitalité des lambeaux, Thiersch et ses élèves rejettent les antiseptiques même les plus faibles. Ils se servent exclusivement de la solution au NaCl à 6 p. 1000 récemment bouillie et aseptique, dans laquelle ils humectent les objets de pansement Silk protective, coton hydrophile et bandes.

Voici la manière d'opérer de M. le professeur Forgue :

Des bandelettes de protective aseptique de 2 centim. de large et de longueur variable, selon la dimension de la plaie, sont appliquées immédiatement sur les greffes après lavage dans la solution chlorurée.

Elles sont disposées de façon que leur direction soit le plus possible perpendiculaire à celle des greffes. Quand on les enlève, on risque moins de rompre la soudure de ces dernières. Elles doivent être assez longues pour prendre pied sur des portions saines de peau où l'on pourrait à la rigueur les fixer par une goutte de collodion. On les imbrique par leurs bords comme les bandes de l'appareil de Scultet. Certains emploient à la place des feuilles d'étain. Ensuite on place par dessus un large tampon de ouate aseptique trempé dans la solution salée et exprimé. Enfin on recouvre le tout

d'une couche de ouate et on fixe le pansement par des tours de bande. Il est bon de serrer légèrement pour bien fixer l'appareil et faire un peu de compression, mais pas trop cependant afin de ne pas nuire aux greffons. On peut au reste placer le tout dans une gouttière et mettre le membre dans une position élevée, afin de prévenir toute hémorrhagie secondaire.

Si la plaie portait sur le tronc, on appliquerait la bande élastique, recommandée par M. Reclus.

La greffe peut prendre en employant d'autres pansements, comme ceux à l'iodoforme, au salol, etc.; mais celui qui aux yeux de Thiersch et de ses élèves paraît le plus recommandable, c'est le pansement chloruré sodique.

S'il est appliqué dans de bonnes conditions d'asepsie, on ne le renouvellera que le quatrième ou cinquième jour après l'opération. En effet, il n'y a pas lieu de craindre la suppuration et on s'exposerait à ébranler ou à détacher les greffes. Si, au contraire, il y a des raisons de redouter la suppuration, on peut le remplacer vingt-quatre ou quarante-huit heures après.

Thiersch emploie la méthode des pansements quotidiens dans le premier septénaire, et si, après vingt-quatre heures, une greffe s'est détachée, il la remplace séance tenante par un nouveau lambeau.

La plaie provenant de la greffe est pansée à l'iodoforme et, au bout de dix à douze jours, elle est habituellement guérie si elle ne s'infecte pas.

Quand la soudure doit se faire, la greffe ne tarde pas à prendre une couleur rosée plus ou moins claire; en même temps, l'élimination cellulaire est moins abondante que si elle doit se mortifier.

Dans ce dernier cas, la coloration tourne au blanc-jaunâtre.

Elle est déterminée par une couche plus ou moins épaisse de cellules mortifiées provenant de la couche cornée et en partie des diverses couches du corps muqueux de Malpighi. Par dessous, on aperçoit par transparence des points couleur lie de vin disséminés çà et là.

Il ne faut perdre espoir que lorsque la greffe flotte sur la plaie. Dans ce cas, on doit retrancher toutes les parties mortifiées en respectant tous les points adhérents.

La durée de la guérison, on le comprend, est variable. Elle dépend, en effet, d'un grand nombre de facteurs, tels que l'âge du sujet, son degré d'activité nutritive, ses états pathologiques antérieurs et actuels, l'étendue de la plaie, la nature du tissu greffé, son aseptisation plus ou moins parfaite, etc., etc., sans parler des violences extérieures de toute sorte. Mais, d'une manière générale, les greffes exécutées sur des plaies fraîches, sans complication ni tare organique, guérissent bien plus rapidement que celles placées sur les plaies créées en terrain pathologique. La durée moyenne des premières peut être comprise entre 10 et 25 jours. Il est difficile d'assigner une limite aux secondes.

Quoi qu'il en soit, il faut bien savoir qu'une plaie, surtout si elle est pathologique, n'est pas complètement guérie parce que les greffes seront adhérentes. Le travail de cicatrisation dure encore quelque temps après la guérison apparente. L'étude des phénomènes histologiques qui ont lieu après la cutanisation de l'ulcère le démontre et les faits cliniques le confirment (1). Aussi M. Urban recommande-t-il avec raison de ne permettre la marche ou la station debout que graduellement dans le cas d'ulcère aux jambes et seulement

(1) Plessing. — Centralblatt für chirurg. N° 27.

une ou deux semaines après que tout pansement sera devenu inutile. C'est pour avoir négligé ces soins consécutifs que beaucoup d'opérés courent au devant d'un échec très probable. Aussi, bien pénétré de l'importance de ces soins indispensables pour confirmer la guérison, l'opérateur devra faire connaître au malade les dangers auxquels il s'expose et user de son influence pour l'amener à les éviter.

RÉSULTATS

Les greffes de Thiersch réussissent facilement lorsque les conditions d'asepsie et de vitalité sont réalisées.

La cicatrisation des plaies est rendue ainsi plus rapide, de meilleure qualité, et les dangers d'infection sont d'autant diminués.

La peau nouvelle, sans être égale à celle obtenue par les procédés d'anaplastie, est cependant très supérieure au tissu de cicatrisation ordinaire et à celle obtenue par la méthode de Reverdin. Sa couleur ressemble, au bout d'un certain temps, à celle de la peau normale ; sa résistance est très suffisante, car lorsque les récidives de l'ulcère ont lieu, c'est habituellement dans les interstices des greffes qu'elles commencent à se développer.

La peau nouvelle est souple et permet le libre jeu des articulations. Quoique habituellement émoussée, la sensibilité revient en grande partie.

La rétraction cicatricielle existe, mais à un degré très faible. Elle n'est pas apparente à l'œil, sauf dans les parties lâches, et il faut prendre des mesures exactes pour la constater.

Observation I

Le nommé X... rentre à l'hôpital Saint-Eloi vers le commencement de septembre 1892, pour se faire opérer d'un épithélioma nasal.

M. le Professeur Forgue fit la rhinoplastie en empruntant un lambeau frontal. On laissa bourgeonner la plaie pour divers motifs particuliers, et le 20 septembre, après abrasion des bourgeons au bistouri, on recouvrit la plaie de onze greffes dermo-épidermiques. L'hémostase fut bien faite, car, après la mise en place des greffons, on ne voyait sourdre entre les lambeaux qu'une légère sérosité plastique. Le pansement chloruré est appliqué.

24 septembre. Le pansement est enlevé pour la première fois. Il n'a subi aucun déplacement. La plaie a été complètement recouverte par 11 greffes dermo-épidermiques d'inégale surface. Elles paraissent avoir totalement pris. Elles ont une couleur rose clair ou mauve dans toute leur étendue. La surface en est finement plissée ; elle était recouverte d'ailleurs de petites masses blanchâtres répondant à des détritux épithéliaux, mais elles étaient en petite quantité. Aux points de contact et de léger chevauchement des bandelettes, les greffes présentent, au contraire, une bande étroite tranchant nettement par sa blancheur sur la teinte rosée environnante.

Examinées au microscope, ces masses de détritux représentent des cellules épithéliales polyédriques, à noyaux gra-

nuleux, provenant du *stratum granulosum* et de la surface du corps muqueux de Malpighi. On y voit aussi un certain nombre de leucocytes.

26 septembre. La narine gauche, formée par le lambeau cutané emprunté au front pour restaurer le nez, est seule sensible, et les sensations sont rapportées au front lorsqu'on la pique. Tout le reste du nez, dépourvu de poils, est complètement insensible malgré les piqûres jusqu'au sang.

La cloison du nez est presque fermée, excepté une fente de 4 millimètres environ de longueur.

Aspect des greffes. — On peut enlever les bandelettes de protective sans entraîner aucun détritüs épithélial. Le pansement est sec. Ses greffes ont toujours un bel aspect rosé clair, bien vivantes, tranchant nettement sur les bandes blanches correspondant à une légère superposition des lambeaux adjacents.

Pansement comme à l'ordinaire.

28 septembre. La surface est sèche, sans desquamation épithéliale. L'aspect des greffes est toujours d'un beau rose clair. Sur la 2^e rangée on voit, de la dimension d'une grosse lentille, un point qui se cutanise manifestement; il est pâle et a l'aspect de la peau.

La cloison du nez est fermée. — Pansement.

2 octobre. Les greffes sont moins roses, elles deviennent pâles. Leur prise est très solide, car en exerçant sur elles une certaine traction on fait remuer la peau. Un 2^e point est nettement cutanisé.

En général, la partie centrale des greffes prend un aspect se rapprochant, comme couleur, du ton de la peau du front.

Il y a un léger détritüs épithélial au niveau de leurs points d'imbrication. Le bord marginal de la plaie est complètement cicatrisé.

6 octobre. La cutanisation des greffes est complète. Elles sont uniformément blanc rosé.

Au niveau des lignes de chevauchement, la surface est d'un blanc plus accusé. Partout, les greffes sont adhérentes et les portions en excès s'exfolient. En haut, la ligne du chevauchement des fragments supérieurs est marquée par de petites croûtelles.

12 octobre. Les greffes sont parfaitement cutanisées. Les lignes de chevauchement sont à peine apparentes et marquées par une légère couleur brune.

La nouvelle peau est sèche et légèrement mobile. La sensibilité est revenue, mais est bien émoussée.

Les pointes du compas de Weber ne sont distinguées qu'à la distance de 3 centimètres dans le sens transversal.

Le surlendemain, le malade sort guéri.

Observation II

Le sieur P..., âgé de 45 ans, entre à l'hôpital porteur de 3 plaies à la jambe droite. Elles occupaient: la première, la région sus-malléolaire externe; la deuxième, la région tibiale inférieure, et la troisième la partie sus-malléolaire interne. La plus petite, égale à une pièce de 1 fr., était située entre les deux autres.

Ces plaies étaient survenues sans cause appréciable, peut-être à la suite des compressions exercées par la chaussure. Le membre inférieur portait des varices. Le sujet n'était atteint d'aucune tare pathologique. Après une désinfection suffisante et l'enlèvement des bourgeons, on greffe les trois

plaies le 14 septembre; les deux grandes avec deux greffons chacune et la petite avec un seul.— Pansement.

16 septembre. On enlève le pansement. Les greffes ont un bon aspect avec pointillé blanc sur fond vineux. Le déchet épithélial est encore peu marqué. Un lavage entraîne tout le détritüs mobile. Ensuite on applique un nouveau pansement.

19 septembre. Les déchets sont assez abondants, la couche cornée s'élimine avec une nappe cellulaire provenant de la couche de Malpighi. On nettoie bien les trois plaies et le fond apparaît toujours vineux, mais plus clair, surtout sur la plaie médiane.— Pansement.

24 septembre. Sur toutes les trois plaies, la portion en excès des greffes est en contact avec le bord marginal. Elle reste blanchâtre et sans adhérence avec les points épidermiques sous-jacents. Cette portion est mobilisée par le lavage avec la solution au NaCl.

Les détritüs épithéliaux sont relativement abondants. Examinés au microscope, ils présentent des cellules polyédriques à noyaux granuleux mortifiés, et quelques leucocytes. Surface luisante.— Pansement.

27 septembre. — *Plaie médiane.* — La couche cornée superficielle de la greffe était mobile et a pu être enlevée avec des pinces sans déplacer la portion sous-jacente qui adhérait à la plaie.

Plaie sus-malléolaire interne. — La surface est nettement épidermée dans sa partie supérieure. Il existe un peu de détritüs dans sa partie inférieure. Le bord marginal a bien pris; il est plus sec que la partie centrale.

Plaie sus-malléolaire externe. — Les déchets épithéliaux sont assez considérables. Il y a comme des glaires qu'on enlève facilement. Au-dessous, on voit les greffes rosées. Le demi-cercle supérieur, correspondant à la partie avivée au bistouri, est plus rosé que le demi-cercle inférieur.

La greffe occupant le demi-cercle inférieur, d'un rose plus grisâtre, a également bien pris, mais présente plus de déchets.

29 septembre. — *Plaie médiane.* — Au niveau de la petite plaie médiane, la greffe est très belle. Elle est recouverte d'une légère pellicule formée par la mortification d'un léger plan cellulaire. La coloration est rosée et il ne reste qu'un petit liseré granuleux en croissant à sa circonférence supérieure.

Sus-malléolaire externe. — L'élimination épithéliale continue surtout, marquée aux points de chevauchement des greffons.

A ce niveau, sous les lambeaux en voie d'élimination, apparaît une ligne granuleuse non épithélialisée.

Dans le demi-cercle supérieur, la greffe paraît moins belle.

Dans le demi-cercle inférieur, elle a meilleur aspect.

Le malade s'est levé la veille et a marché.

2 octobre. — *Médiane.* — Elle est cicatrisée sur toute sa périphérie, mais il reste un point central non encore adhérent.

Sus-malléolaire externe. — La demi-circonférence adhère,

mais présente quelques points de desquamation tranchant en blanc-jaunâtre sur le fond rosé.

Même remarque pour la demi-circonférence inférieure qui, cependant, offre deux points de rupture de la greffe.

Sur la juxtaposition des deux greffes, cette élimination est à son maximum.

5 octobre. *Sus-malléolaire interne*.—Aspect gaufré, plissé; la partie supérieure marginale est un peu violacée, tranchant sur la partie centrale rose pâle.

Médiane.— Elle est complètement épidermée. Le liseré marginal a une couleur un peu brune, tandis que la partie centrale est un peu pâle. Elle est bien adhérente.

Sus-malléolaire externe. — Elle est épidermée, sauf en deux points du demi-cercle supérieur, où l'épiderme manque. On voit également un point dans la partie inférieure où il fait défaut. Les portions cutanisées présentent un assez bel aspect, mais sont un peu pâles.

Le 12, le malade sort guéri avec une bonne cicatrice de ses trois ulcères. On maintient néanmoins sur la jambe une couche de ouate contenue avec une bande de flanelle après lui avoir donné des conseils hygiéniques.

Observation III ⁽¹⁾

Anna R..., âgée de 10 ans, entrée à l'hôpital le 29 juin 1891, sortie le 30 janvier 1892.

Cette petite malade, saisie par une aile de moulin le jour d'entrée à l'hôpital, a ressenti de vives douleurs. Elle a couru à la maison paternelle distante de 10 minutes où elle est arrivée couverte de sang et a perdu connaissance.

A son entrée à l'hôpital, on a trouvé que la peau du front, de la tête, l'oreille droite et la paupière supérieure gauche avaient été arrachées. La malade s'est évanouie. La plaie fut nettoyée, désinfectée et pansée au protectif et à la gaze iodoformée. Il n'y eut pas de réaction inflammatoire sur la vaste plaie.

La patiente fut sans fièvre et la plaie se nettoya bien vite. Le crâne était dénudé, sur un tiers de sa surface, de toutes ses parties molles. Comme il ne semblait pas convenable de prendre la peau de la malade pour greffer la plaie, on prit sur la cuisse de deux jeunes gens bénévoles des lambeaux pour recouvrir la plaie. La partie frontale et la paupière gauche furent cependant recouvertes avec sa propre peau. Le pansement et le traitement furent faits suivant l'usage. Les lambeaux cutanés prirent et restèrent adhérents 15 jours pour être ensuite détruits, sauf la peau du front.

Quelque temps après, on décida de recouvrir à nouveau les parties découvertes de la plaie, et, cette fois, avec des lambeaux cutanés empruntés à sa sœur âgée de 17 ans. Ces

(1) Archiv. für klinische chirurgie, dreiundvierzigster Band, p. 390.

lambeaux prirent et restèrent aussi 15 jours pour tomber ensuite, malgré toutes les précautions. Il n'y avait pas autre chose à faire que de recouvrir pour la 3^e fois les parties dénudées, et cette fois en empruntant des greffes au mollet et à la cuisse de la malade. Cette fois seulement, les lambeaux persistèrent et formèrent un nouvel épiderme. En certains points cependant, la peau semblait mortifiée à cause de certaines lésions dues à la vivacité du caractère de l'enfant. L'occlusion palpébrale est satisfaisante après ablation de la cicatrice, cause d'ectropion. La sensibilité générale est revenue, la sensibilité tactile manque partout, sauf à une partie de la région frontale.

Observation IV (1)

Dora B..., 21 ans, entrée le 6 juillet 1886, sortie le 29 juillet 1887, s'était brûlée par explosion d'une lampe à pétrole, à la face, aux deux bras, à la poitrine et au membre inférieur droit. Il y avait dans les deux bras, à cause de la brûlure, un œdème considérable, de sorte qu'il fallut faire des incisions pour ramener la circulation et la déplétion des tissus.

Le bras droit n'avait plus de peau, et quelque temps après il fallut faire la désarticulation de l'épaule. Le bras gauche avait perdu aussi presque sa peau. Il en restait seulement une portion au bras à l'avant-bras, à la paume de la main et aux doigts à partir de la 2^e phalange. Tout le reste était détruit.

L'articulation du coude était ouverte ainsi que plusieurs articulations des doigts. On a réussi à recouvrir toutes les parties par des greffes empruntées à la cuisse et à conserver la

(1) Archiv. für (*idem*).

mobilité du coude et de la main par un long traitement, consistant à enlever des cicatrices, à transplanter des bandellettes de peau, à réséquer quelques os des articulations des doigts et à faire du massage. Elle a pu se servir des doigts pour écrire et pour toute sorte de travaux manuels à l'aide d'un doigt artificiel. La peau transplantée est molle au toucher et en quelques points mobilisable. Elle s'est épaissie fortement.

Les plaies de la poitrine et de la cuisse ont été également recouvertes de peau. La malade jouissait d'une bonne santé à sa sortie.

Observation V (1)

H. Sch..., 29 ans, entré le 20 septembre 1889, sorti le 9 mars.

Il était soigné pour un phlegmon considérable du membre inférieur droit et de la région fessière. Le lendemain de son entrée, il eut un érysipèle du membre droit. Le phlegmon amena une nécrose cutanée de la face externe de la jambe et de la face dorsale du pied. Les tendons des muscles extenseurs furent dénudés presque entièrement. Comme il se formait des abcès dans d'autres régions et qu'il maigrissait par suite de cette grande suppuration, on le traita par des bains permanents.

Le 28 novembre, les plaies sont en mesure d'être greffées; les lambeaux furent empruntés à la cuisse gauche et placés sur les plaies avivées et sur les tendons dénudés du pied. Les parties greffées ont été traitées par des pansements compressifs et par le massage.

(1) *Idem.*

A sa sortie, 9 mars, voici quel est l'état du malade :

Les greffes sont dans un état excellent et ressemblent en quelques points à la peau normale comme épaisseur et comme couleur.

La sensibilité au toucher manque, sauf dans une région de 10 centimètres de longueur au-dessous de la face externe de l'articulation du genou.

Le malade se sert très bien du membre. Il n'existe pas de trouble circulatoire ni d'œdème.

La sensibilité au contact est revenue.

Un an après sa sortie, il s'est représenté à nous. Il peut travailler.

Son phlegmon n'a pas laissé de retentissement fâcheux sur la marche; tous les mouvements sont normaux. La circonférence des deux membres est égale, sans atrophie musculaire. Les greffes sont dans un très bon état.

On distingue très bien les lignes de juxtaposition des bandelettes cutanées. Dans quelques points, les lambeaux présentent une couleur blanche. Ils sont mobilisables et ressemblent à la peau normale.

Observation VI (1)

Jean N. . . , 22 ans, entré le 20 février 1890, sorti guéri le 6 juillet 1890.

Le malade, affaibli, a eu, en dehors de l'hôpital, un phlegmon du bras droit, à la suite duquel la peau a été perdue dans une étendue considérable. A son entrée, on constate une perte de peau s'étendant de l'épaule jusqu'au

(1) *Idem.*

milieu de l'avant-bras. Une bande cutanée, large de 3 centim., s'étend depuis l'insertion inférieure du deltoïde jusqu'à la face antérieure de l'articulation du coude. Dans l'aisselle, la peau était décollée par des abcès.

L'état général du malade était mauvais, 48 kilogr.

Après un bon bourgeonnement obtenu par le traitement usuel, on avive la plaie qu'on recouvre de très grands lambeaux cutanés, empruntés à la cuisse. On recouvre les plaies de la cuisse avec de la gaze iodoformée. On applique le traitement habituel des greffes. Il y eut des symptômes d'intoxication par l'iodoforme. Aussi le malade arrache-t-il le pansement, et les greffes ne prirent que sur quelques points. Il y avait en outre un érysipèle du bras, qui ne détruisit pas les lambeaux adhérents. Une seconde application de greffes eut lieu pour recouvrir le reste de la plaie. Quelques excisions de cicatrices et quelques nouvelles greffes furent nécessaires pour amener la cutanisation parfaite de la plaie. Le malade sortit entièrement guéri pouvant se servir du bras.

Son poids de 48 kilogr. s'était élevé à 62 kilogr.

Observation VII (1)

P. D..., 47 ans, entré le 18 juillet 1891, sorti le 15 septembre.

Le malade a subi, par suite d'une brûlure, une perte de substance de la peau dans la région occipitale droite, oreille droite et face externe du cou jusqu'à la clavicule.

Il a été traité pendant un an en dehors de l'hôpital, suivant des procédés différents.

Les bords de la plaie sont cicatrisés partiellement.

(1) *Idem.*

La cicatrice qui adhère à l'os se détruit et se reforme. On l'excise et, sans gratter l'os, on recouvre celui-ci avec de la peau empruntée à la cuisse. La greffe prit, mais la portion correspondant à l'os tomba. On le gratte superficiellement et on le recouvre d'une greffe. Quelques points de granulation ayant donné lieu à des abcès circonvoisins furent cautérisés au thermo-cautère et se cicatrisèrent. Le malade sortit guéri.

Observation VIII

(Communiquée par M. le Professeur Tédénat, 1891)

Homme de 58 ans. Epithélioma de la face, s'étendant depuis la partie antérieure de la paumette jusqu'au voisinage du tragus, sans engorgement ganglionnaire. Ablation large.

La plaie mesure 0^m,08 d'avant en arrière, 0^m,03 à 0^m,05 dans le sens vertical.

Quatre jours après, raclage superficiel et régulier de sa surface, puis application des greffes prises sur la cuisse. Pansement ordinaire au NaCl refait le 4^e jour. Déchets épidermiques légers ; toutes les greffes paraissent avoir pris. Le malade avait une excellente cicatrice quinze jours après, mais un petit ganglion préauriculaire avait été envahi par la néoplasie, et on fut obligé de l'enlever.

Observation IX

(Communiquée par M. le Professeur Tédénat, 1891)

Ulcère de jambe datant de 15 ans chez un homme de 48 ans. Grosses veines variqueuses s'étendant jusqu'à la partie moyenne de la cuisse. Fines varicosités un peu partout. Tuméfaction dure, énorme, éléphantiasique de toute la jambe et du quart inférieur de la cuisse. Raideur ankylotique du genou, plus marquée encore dans toutes les articulations du pied.

Quelques mois avant, on avait proposé au malade l'amputation de la cuisse. Après trois semaines d'applications antiseptiques chaudes et l'élévation du membre, il y eut désengorgement considérable.

Greffes épidermiques sur deux ulcères ; l'un en dehors, ovalaire, long de 8 centim , large de 5 ; l'autre en arrière et en dedans, arrondi, de 4 centim. Excision des bords calleux et de la surface de l'ulcère. Applications de nombreuses greffes, qui toutes prirent avec un léger déchet.

Quelque temps après, le volume du membre avait diminué ; la raideur du membre était moins grande aux diverses articulations ; le malade marche avec des bas élastiques et, depuis six mois, la guérison se maintient.

Observation X

(Professeur Tédénat)

Epithélioma de la tempe

Homme de 76 ans, excision complète ; plaie longue de 5 centim., large de 3. Compression hémostatique, maintenue pendant une heure, au bout de laquelle sont appliquées des greffes sur toute la surface. En divers endroits, il y eut un peu de mortification de la valeur d'un centimètre carré.

Le malade était complètement guéri au bout de 18 jours (avril 1889). Il vient de succomber à une hémorrhagie cérébrale sans récurrence.

CONCLUSIONS

1° De toutes les méthodes de greffes cutanées, celle de Thiersch nous paraît être la meilleure pour donner une cicatrisation rapide et largement suffisante des plaies.

2° Avec les plaies fraîches et aseptiques, la greffe doit être immédiate ;

Avec les plaies anciennes, bourgeonnantes et infectées, elle doit être tardive après aseptisation préalable.

3° Il faut employer l'asepsie partout où l'on peut se passer de l'antisepsie sans pourtant exclure complètement celle-ci comme le veulent Thiersch, Plessing et Urban.

4° Le greffon doit être taillé aussi mince que possible en s'efforçant de conduire le tranchant du rasoir dans la couche papillaire du derme.

5° Le pansement sera non adhérent, aseptique plutôt qu'antiseptique. Sa fréquence sera subordonnée au degré plus ou moins parfait de désinfection. Les lavages des greffes seront faits autant que possible avec la solution aseptique chlorurée sodique.

FIN.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 15 décembre 1892.

P. le Recteur de l'Académie,
L'Inspecteur d'Académie délégué,
J. YON.

Vu et approuve :

Montpellier, le 14 décembre 1892.

Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

- Paul Bert.**— De la greffe animale. Th. de Paris, 1863.
- Fides.**— The Lancet, 1870.
- Pollock.**— The Lancet, 1870.
- Poncet (A.).**— Des greffes dermo-épidermiques et en particulier des larges lambeaux dermo-épidermiques. Lyon méd., 1871.
- Hergott (A.) et Reverdin (A.).** — Greffes épidermiques. Gaz. méd. de Strasbourg, 1871.
- Colrat.**— Des greffes épidermiques. Th. de Montpellier, 1871.
- J.-L. Reverdin.** — De la greffe épidermique. Arch. générales de méd., 1872.
- Ollier.**— Des larges lambeaux dermo-épidermiques. Bull. de l'Acad. de méd., 1872.
- De Wecker.**— De la greffe dermique en chirurgie oculaire. Annales d'oculistique, 1872.
- Poncet.**— Greffes dermo-épidermiques. Lyon méd., 1873.
- Coste.**— Marseille médical, 1873.
- Thiersch.**— Arch. f. clin. chir. Bd. XVI, 1874.
- Thiersch.**— Des greffes épidermiques. Berliner kl. wochenschrift, 1874.
- Panas.** — Du traitement des ulcères variqueux par l'application locale des hypochlorites, en particulier de l'hypochlorite de chaux et par l'épidermisation. Journ. de therap., 1874.
- Monod (Ch.).** — Des greffes cutanées autoplastiques. Thérapeut. contemp., 1881.

- Mathias Duval.** — Greffe. Diction. Jaccoud.
- Czerny.** — Deux cas de tuberculose à la suite des greffes. Central. f. ch., 1886.
- Thiersch.** — Greffes dermo-épidermiques. Centralblatt f. ch., 1886.
- Petersen.** — Greffes avec la peau de grenouille. Tribune médic., 1886.
- Baratoux et Dubousquet-Laborderie.** — Greffes avec la peau de grenouille. Progrès médic., 1887.
- Monod (Ch.).** — Observations sur la greffe de Thiersch. Bull. Soc. de ch., t. XIV, 1888.
- Thiersch.** — Hautverpflanzung. XVII^e congrès des chirurgiens allemands. Centralblatt f. ch., 1888, t. XXIV.
- Plessing.** — De la greffe de Thiersch. Arch. f. klin. chir. Band, XXXVII.
- Garré (Ch.).** — Ueber die histologischen Vorgänge bei der Anheilung der Thierschen transplantationem. Beitrage z. kl. ch., IV ter. Pd. Tübingen, 1889.
- Chevillot.** — Greffe dermo-épidermique par le procédé de Thiersch. Th. de Paris, 1888-1889.
- Thierry.** — Greffes cutanées et leur emploi dans les ulcères trophiques. Th. de Paris, 1888-1889.
- Heidenreich.** — La greffe cutanée suivant la méthode de Thiersch. Sem. méd., 1888.
- Heidenreich.** — Sur un nouveau mode de traitement applicable à la guérison des difformités par cicatrices. Sem. méd., 1889.
- Duret de Lille.** — Deux observations de greffes de Thiersch. J. des sc. méd. de Lille, 1889.
- Nogué Raymond.** — Des greffes dermo-épidermiques à lambeau confluent. Th. de Paris, 1890-1891.
- Emile Forgeue et P. Reclus.** — Traité de thérapeutique chirurgicale.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
